



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO**

**AMENAZA DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL  
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL  
GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO-  
OCTUBRE DEL 2015**

**Tesis previa la obtención del  
título de Médico General.**

**AUTORA:**

**KATY SOLEDAD SUCUNUTA MORENO**

**DIRECTOR:**

**1859**

**DR. PAUL ALEXANDER CARVAJAL APONTE, ESP**

**LOJA – ECUADOR**

**2016**

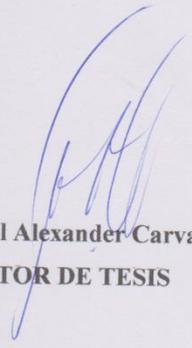
Loja, 07 de Octubre del 2016

Dr. Paul Alexander Carvajal Aponte, Esp.

**DIRECTOR DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Que la tesis de grado titulada: **“AMENAZA DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE DEL 2015”** de autoría de la Srta. Katy Soledad Sucunuta Moreno, estudiante de la Carrera de Medicina Humana; ha sido dirigida y revisada en su integridad por el suscrito, por lo que se ha constatado que cumple con todos los requisitos de fondo, forma y requerimientos académicos estipulados por la Universidad Nacional de Loja y el Área de la Salud Humana para la obtención del título de Médico General; por lo que se autoriza su publicación.



Dr, Paul Alexander Carvajal Aponte, Esp.

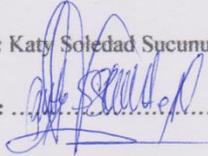
**DIRECTOR DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Katy Soledad Sucunuta Moreno, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contrario de las mismas.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autor:** Katy Soledad Sucunuta Moreno

**Firma:**  .....

**Cédula:** 1105836280

**Fecha:** Loja, 14 de octubre del 2016

Proceso de trabajo	( )
Asistencia de proceso de trabajo	( )
Redes de trabajo	( )
Factores organizacionales	( )
Exposición e interacciones	( )
Tratamientos	( )
Consenso de trabajo	( )
Consenso de trabajo	( )
Exposición o consenso de trabajo	( )
Entes organizacionales	( )
Actividades de trabajo organizacionales	( )
Factores de riesgo en el entorno de trabajo	( )

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

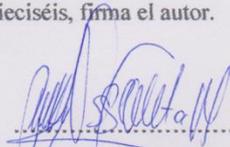
Yo, **Katy Soledad Sucunuta Moreno**, declaro ser autor de la tesis titulada: “**AMENAZA DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO- OCTUBRE DEL 2015**”, como requisito previo a la obtención del título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los catorce días del mes de octubre del dos mil dieciséis, firma el autor.

**Firma:**



**Autor:** Katy Soledad Sucunuta Moreno

**Cédula:** 1105836280

**Dirección:** El Valle

**E-mail:** k.ty\_05@hotmail.com

**Teléfono:** 2586813

**Celular:** 0987552847

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de tesis:** Dr. Paul Alexander Carvajal Aponte, Esp.

#### Tribunal de Grado:

Dr. Richard Orlando Jiménez. Mg. Sc.

PRESIDENTE

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo. Mg. S

VOCAL

Dr. Carlos Iván Orellana Ochoa. Esp.

VOCAL

## **DEDICATORIA**

*A Dios, ser supremo y creador de todas las cosas, por bendecirme con mis padres, Marisol y Eduardo, mis hermanos Paulina, Diego y José, mi abuelita Piedad y con toda mi familia, quienes con su amor, educación y apoyo incondicional en mi vida, pero aún más durante mi carrera profesional, que contribuyeron a culminarla.*

*Porque solo la superación de mis ideales, me han permitido comprender el verdadero significado de su existencia, por lo que mi gratitud será eterna.*

***Katy Soledad Sucunuta Moreno***

## **AGRADECIMIENTO**

*Al lugar donde me forme, la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, prestigiosa institución educativa, forjadora de grandes profesionales con conocimiento científico, y valores ético-morales, que orgullos, honran su nombre por doquier que vayan.*

*A mis profesores, que día a día, en las aulas, con sus consejos, su conocimiento, su amistad, y sobre todo su gran don de maestros hicieron que alcance exitosamente concluir mi carrera. De manera especial a mi director de tesis, el Dr. Paul Carvajal, quien con su visión crítica, le dio la respectiva orientación, seguimiento y supervisión, haciendo posible la ejecución de la misma, con muchas de sus ideas plasmadas en el presente trabajo investigativo.*

*Al Hospital General Isidro Ayora de Loja, casa de salud que conformo el campo investigativo, predisponiendo a la realización exitosa de la tesis.*

*Los amigos son la familia que se escoge, y en eso se convirtieron apreciados compañeros, gracias por todos los lindos momentos vividos, que las palabras no alcanzarían para describirlos.*

***Katy Soledad Sucunuta Moreno***

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE.....	vii
1.    TÍTULO.....	1
2.    RESUMEN.....	2
3.    SUMMARY.....	3
4.    INTRODUCCIÓN.....	4
5.    REVISIÓN LITERARIA.....	6
5.1 AMENAZA DE ABORTO.....	6
5.1.1 DEFINICIÓN.....	6
5.1.2 INCIDENCIA.....	7
5.1.3 ETIOLOGÍA.....	8
5.1.3.1 FACTORES DE RIESGO.....	9
5.1.4 DIAGNÓSTICO.....	20
5.1.4.1 CLÍNICA.....	20
5.1.4.2 ESTUDIOS DE LABORATORIO.....	21
5.1.4.3 ESTUDIOS DE IMÁGEN.....	22
5.1.5 TRATAMIENTO.....	23

5.1.6	COMPLICACIONES.....	26
6.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
7.	RESULTADOS.....	29
8.	DISCUSIÓN.....	34
9.	CONCLUSIONES.....	37
10.	RECOMENDACIONES.....	38
11.	BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN.....	39
12.	ANEXOS.....	44
13.	PERFIL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	47

## **1. TÍTULO**

AMENAZA DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO  
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA  
EN EL PERIODO AGOSTO- OCTUBRE DEL 2015

## 2. RESUMEN

La amenaza de aborto se define como sangrado transvaginal antes de las 20 semanas, sin modificaciones cervicales ocasionando el riesgo de perder su producto. El presente trabajo investigativo se basa en la determinación de la incidencia de amenaza de aborto en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo agosto- octubre del 2015, puntualizar los factores de riesgo que predisponen a las gestantes a presentarla, y determinar el número de pacientes que continuaron con el embarazo o terminaron en aborto según la edad gestacional. Es un estudio descriptivo, retrospectivo, conformado por 1192 historias clínicas, cuya muestra fue de 89, mismas que cumplen con los criterios de inclusión, donde se empleó el instrumento recolector de datos previamente elaborado por la autora. Encontrándose la mayor incidencia en las gestantes de 15 a 19 años con un 34,83%, cuyo principal factor desencadenante fue las infecciones urinarias y cervicovaginales (vaginosis bacteriana, candidiasis vaginal) con un 40,44% y 33,78% respectivamente. En 87,64% tuvo una progresión exitosa del embarazo entre la semana 16 a 20 de gestación, mientras que el 12,35% concluyo con aborto en la semana 7 a 10. La amenaza de aborto es una emergencia obstétrica que se presenta en pacientes de edad fértil asociado a infecciones uro-genitales, que tras la aplicación de un tratamiento oportuno la gestante continuara con su embarazo.

**Palabras Claves:** amenaza de aborto e incidencia.

### 3. SUMMARY

The menace of abortion is defined as transvaginal indented- TVB before 20 weeks without cervical changes causing the risk of losing your product. Therefore this research work is based on determining the incidence of menace abortion in patients from the department of gynecology and obstetrics in the General Hospital Isidro Ayora of Loja in the period August-October 2015, point out the risk factors that predispose pregnant women to present it, and determine the number of patients who continued with the pregnancy or ended in abortion by gestational age. It is a descriptive, retrospective study, conformed by 1192 medical records, whose sample was 89, same that meet the inclusion criteria where the data collector instrument previously developed by the author was used. Finding the highest incidence in pregnant women from 15 to 19 years with a 34.83%, which was the main trigger urinary and cervicovaginal infections (bacterial vaginosis, vaginal candidiasis) with 40.44% and 33.78% respectively. In 87.64% had a successful progression of pregnancy between weeks 16 to 20 of gestation, while 12,35% ended with abortion in week 7 to 10. The threat of abortion is an obstetric emergency occurs in patients of childbearing age associated with uro-genital infections, which after the application of timely treatment the mother continue her pregnancy. **Keywords: menace of abortion and incidence.**

#### 4. INTRODUCCIÓN

La amenaza de aborto es la complicación más común durante el embarazo, que se define como sangrado transvaginal antes de las 20 semanas, sin modificaciones cervicales ocasionando el riesgo de perder su producto, que se produce hasta en el 50% de los embarazos y de estos entre el 9 y 30% acaban en aborto espontáneo. (James y col. 2011).

Innumerables son los argumentos para explicar que la amenaza de aborto es una emergencia obstétrica sobre todo en los países en vías de desarrollo como lo es el nuestro.

Por lo que actualmente el Ministerio de Salud Pública promueve políticas de atención integral de salud con consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas. (Ministerio de Salud Pública, 2013).

En la provincia de Alicante de España, durante el periodo 2008 a 2012 se observó que la amenaza de aborto descendió un 4,4%. Donde la protección de la situación de riesgo en el embarazo, está dado por políticas positivas de salud. (Dadkhah y cols, 2013).

Una investigación realizada por la Universidad de Chiclayo, demostró que la prevalencia de amenaza de aborto es de 13.5%, entre 21 a 43 años. El 55.37% se encontraban en la semana 6 y 10 de gestación. El 48.48% ingresaron con Infecciones del Tracto Urinario, como principal causa y un 17.42% sin causa aparente. (Navarrete, 2013)

Según los resultados de la Universidad Central del Ecuador, del estudio realizado en el Hospital San Luis de Otavalo desde enero a diciembre del 2012, en 96 pacientes, la amenaza de aborto se presentó en un 16%. (Dra. Llivicura M, 2012).

Con el análisis de la problematización y teniendo presente la escasez de datos acercados a nuestra realidad, y sabiendo que es un problema de salud latente y creciente, con una importante ocupación de camas hospitalarias en el servicio de gineco-obstetricia,

es necesario e importante obtener estadísticas que permitan analizar esta temática en nuestra ciudad, en una población tan vulnerable como lo es la mujer gestante. Por ende me he propuesto, dar respuesta al siguiente problema: ¿Cuál es la incidencia de amenaza de aborto en las pacientes que son atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora en el periodo de agosto a octubre del 2015?

La magnitud y la trascendencia de este problema justifican su investigación, debido a su repercusión social, familiar y de salud pública. Por lo que es imprescindible determinar los factores o circunstancias que llevaron a la gestante a presentar amenaza de aborto, planteándose como objetivo general: Determinar la incidencia de amenaza de aborto en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo agosto- octubre del 2015. Y como específicos: Identificar en qué grupo de edad se presenta con más frecuencia la amenaza de aborto, puntualizar los factores de riesgo que predisponen a las gestantes a presentar amenaza de aborto, y finalmente determinar el número de pacientes con amenaza de aborto que continuaron con el embarazo o terminaron en aborto espontaneo según la edad gestacional.

El estudio fue descriptivo y retrospectivo, que tras la aplicación de la hoja recolectora de datos se obtuvo la siguiente información, la mayor incidencia de amenaza de aborto se evidencio en pacientes de 15 a 19 años con un 34,83%, cuyo principal factor desencadenante fue las infecciones urinarias y cervicovaginales (vaginosis bacteriana, candidiasis vaginal) con un 40,44% y 33,78% respectivamente. En 87,64% tuvo una progresión exitosa del embarazo entre la semana 16 a 20 de gestación, mientras que el 12,35% concluyo con aborto en la semana 7 a 10. Cuyos resultados obtenidos se presentan mediante tablas, donde el análisis e interpretación se basa en el marco teórico seleccionado para el efecto, finalmente se llegó a las conclusiones y recomendaciones de acuerdo a los objetivos planteados en el trabajo investigativo.

## 5. REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 5.1. AMENAZA DE ABORTO

#### 5.1.1. DEFINICIÓN

La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana completa de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción. (Wahabi H, 2011).

La Biblioteca Nacional de Medicina de acuerdo a la Clasificación de Enfermedades, define a la amenaza de aborto como el sangrado durante las primeras 20 semanas de gestación y cérvix cerrado. Además el ultrasonido debe revelar que el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento). Aquí está en riesgo el embarazo que aún no es viable, pero la gestación continua. Es un estado que sugiere que se podría presentar un aborto espontáneo. (Howard, 2012).

Por lo tanto, cualquier metrorragia del primer trimestre será una amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario.

**Definición de Aborto.** La Organización Mundial de la Salud ha definido el aborto como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto que pese 500 gramos o menos”. Este peso corresponde a una edad gestacional entre 20- 22 semanas. (Alvarado, 2012)

La historia natural de la amenaza de aborto culmina con la pérdida gestacional temprana o aborto, que por su presentación clínica se clasifica en los siguientes diagnósticos:

- aborto inevitable

- aborto en evolución
- aborto incompleto
- aborto completo
- aborto diferido
- aborto séptico.

Cuando el aborto se presenta en dos o más ocasiones de forma consecutiva o alterna se denominan pérdida gestacional temprana.

### **5.1.2. INCIDENCIA**

La amenaza de aborto es considerada la patología más común dentro del primer trimestre de la gestación, con una incidencia de aproximadamente entre 20 y 30% dentro de la población general. Aproximadamente la mitad de las pacientes con esta clínica, terminara en un aborto espontáneo y el 17% presentará complicaciones tardías durante el embarazo. Según esto la amenaza de aborto es un extremo común pues una de cada 5 mujeres embarazadas sangra un poco o tienen verdaderas hemorragias durante los primeros meses de gestación. (Bennett G.1996. pág 54).

El riesgo global de aborto tiene una prevaencia de aproximadamente 12% en mujeres sin antecedentes de aborto y con al menos un hijo nacido vivo, este porcentaje aumenta con la paridad y la edad, pudiendo llegar a ser de un 50% en mujeres mayores a 35 años. (Organización Mundial de Salud, 2011)

Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables 15 y un 22% más termina en un aborto inducido. La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la

20; 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente. Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mayores de 40 años, el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad. Del 15% al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

### **5.1.3. ETOLOGÍA**

Se cree que representa un sangrado por la implantación trofoblástica en el endometrio. El cérvix se mantiene cerrado y puede haber una ligera hemorragia, con o sin dolor cólico. (González, 2011).

En términos generales, la etiología puede clasificarse en términos de factores maternos (ambientales) y fetales (genéticos), en aquellos casos que resultan en abortos espontáneos, la causa usual es la anomalía cromosómica o del desarrollo del feto. Otras causas potenciales son: infección, defectos anatómicos de la madre, factores endocrinos e inmunológicos y una enfermedad sistémica materna.

Causas: anomalías uterinas (utero unicorne, riesgo =50%, utero bicorne o tabicado, riesgo = 25-30%), cérvix incompetente (iatrogénico o congénito, asociado a un 20% de abortos en el segundo trimestre), exposición in útero al dietilestilbestrol (útero en T), leiomiomas submucosos, adherencias o sinequias intrauterinas, deficiencia de la base luteínica o de progesterona, enfermedad autoinmune como anticuerpos anticardiolipina, diabetes mellitus no controlada, asociación HLA entre la madre y el padre, infecciones como tuberculosis,

clamidia, ureaplasma, tabaquismo y consumo de alcohol, irradiación y tóxicos ambientales. (Ferri, 2006-2007)

Se calcula que el 50% de todos los óvulos fertilizados se abortan en forma espontánea generalmente antes de que la mujer sepa que está embarazada. En los embarazos ya conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente del 10% y se presentan usualmente entre las 7 y 12 semanas de gestación. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

El aumento del riesgo de aborto se relaciona con niveles bajos de progesterona, con la edad de la madre superior a los 35 años o menores de 15 años, de igual manera edad paterna  $\geq 41$  años, mujeres con una enfermedad sistémica (como la diabetes o la disfunción tiroidea), multipara y aquellas con antecedentes de tres o más abortos espontáneos, o historia de amenaza previa. (Acala, M., 2010).

#### **5.1.3.1. Factores de riesgo**

**Definición.** Define como factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (Organización Mundial de Salud, s/f)

**Definición de factor de riesgo obstétrico:** Gestación o embarazo que se ve, de alguna manera, complicado por problemas médicos, quirúrgicos, obstétricos, sociales y/o

psicológicos que pudieran conducir a la morbilidad y/o mortalidad materna, fetal o neonatal.

**Factores de riesgo para presentar amenaza de aborto**

- Edad materna  $\geq 34$  años
- Edad paterna  $\geq 41$  años
- Niveles bajos de progesterona
- Índice de masa corporal elevado de la madre
- Historia previa de amenaza de aborto o 3 o más abortos
- Paciente multípara

<b>Crónicas</b>	<b>Agudas</b>	<b>Físicas</b>	<b>Exógenas</b>
DM-1 descompensada	Infecciones	Congénitas	Alcohol
Enfermedad renal	traumatismos	Adquiridas	Tabaco
Sd antifosfolopidos		Incompetencia ístmico-cervical	Cocaína
Lupus			Radiaciones
Enfermedad tiroidea			

Fuente: González, Amenaza de Aborto, 2011

Elaborado: por la autora

**A las enfermedades crónicas:** se las entiende como aquellas entidades que presentan un curso prolongado y una lenta progresión, con posibilidad de ausencia de síntomas en su inicio y posibilidad de prevención y/o control. (Beratarrechea, 2010)

*Diabetes Mellitus 1 Descompensada.* Se caracteriza por la destrucción de los islotes pancreáticos de células beta e insulinopenia total; por lo que los individuos presentan la tendencia hacia la cetosis en condiciones basales. (Hayes, 2008).

*Definición de Diabetes Gestacional.* En la página del Ministerio de Salud Pública (2014) la Organización Mundial de la Salud, describe que la diabetes gestacional es “como la intolerancia a los carbohidratos resultando en hiperglucemia de gravedad variable que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. La presencia de una Diabetes Gestacional se considera un embarazo de alto riesgo”. (Ministerio de Salud Pública, 2014).

*Hipertensión Arterial.* El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud definió hace más de cincuenta años la hipertensión arterial como la elevación persistente de la presión sanguínea sistólica o de la presión diastólica, o de ambas simultáneamente por encima de los límites considerados como normales. (Organización Mundial de Salud, 2013).

*Hipertensión en el embarazo* o Estado Hipertensivo del Embarazo describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre 12 elevaciones leves de la tensión arterial a hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal. Debe tenerse en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y sólo diagnosticarse por primera vez durante el mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto. El nivel promedio de la tensión arterial normal durante el embarazo es de 116 +/- 12 y de 70 +/-7 (Sistólica y diastólica respectivamente). (Ministerio de Salud Pública, 2010).

Es la que se presenta después de la semana 20 de gestación, en una embarazada que no era hipertensa previamente. Si las cifras de PA igualan o superan 160/100 mm Hg se considera que el cuadro es grave y se trata como la preeclampsia. En estas pacientes no está indicada la interrupción del embarazo excepto que el cuadro clínico empeore o se presente alguna complicación que lo justifique. (Sociedad Argentina de Cardiología, 2011)

*Enfermedad Renal.* La insuficiencia renal es un síndrome clínico caracterizado por una disminución de la función renal con acumulo de metabolitos y electrolitos en el organismo. La IR puede ser subdividida en insuficiencia renal aguda e insuficiencia renal crónica de acuerdo con el tiempo de desarrollo de la enfermedad. La IRA es definida como la pérdida abrupta de la filtración glomerular de los riñones con la consecuente alteración en el equilibrio hidroelectrolítico y del ácido básico en el organismo. Ese desequilibrio, a su vez, lleva al acumulo de sustancias en la sangre como la urea y la creatinina. (Cerqueira, Tavares, & Machado Regimar, 2014)

El embarazo se asocia con una alcalosis respiratoria compensada. La osmolaridad sérica disminuye 10 mOsm/kg. La excreción de glucosa se incrementa, por lo que es frecuente la existencia de una glucosuria con valores normales de glucemia, favoreciendo las infecciones urinarias. En el segundo trimestre se encuentra entre 2.5 y 4 mg/dL y durante el tercer trimestre llega a alcanzar los valores de la no embarazada (4-6 mg/dL); si durante el tercer trimestre aumenta, se puede sospechar preeclampsia e incluso está relacionado con compromiso fetal. (Duran Cynthia & Reyes, 2006)

Durante el embarazo, la enfermedad renal crónica se clasifica de acuerdo con diversas publicaciones utilizando la clasificación de Davison-Lindheimer,<sup>6</sup> en la cual, según los niveles de creatinina sérica, se agrupa a las pacientes en tres categorías: enfermedad renal crónica leve cuando es menor de 1.5 mg/dL, enfermedad renal crónica moderada, entre 1.5 y 2.5 mg/dL, y enfermedad renal crónica severa cuando la concentración es mayor a 2.5 mg/dL. (Manterola, Hernández, & Estrada, 2012)

*Síndrome Fosfolípidos y otras Trombofilias.* El síndrome antifosfolípidos (SAF) se define como la presencia de trombosis, pérdidas fetales a repetición y trombocitopenia, asociadas a la detección serológica de anticuerpos antifosfolípidos circulantes, como lo son

el anticoagulante lúpico, las anticardiolipinas y la  $\beta$ 2glicoproteína. Los anticuerpos 15 antifosfolípidos pueden unirse directamente a las células del trofoblasto, causando injuria celular y respuesta inflamatoria local, lo que aporta evidencias en la etiopatogenia de los abortos y/o muertes fetales observadas en SAF42. (Narváez, Hidalgo, & Díaz, 2013)

*Influencia del LES sobre el embarazo.*

Pérdida fetal. La frecuencia de abortos es mayor en el lupus que en la población general y se relaciona con la actividad lúpica, SAF, compromiso renal y antecedentes de abortos previos.

Parto prematuro. Se relaciona con la actividad lúpica, la actividad serológica y también con la HTA, preeclampsia, distress fetal y la rotura prematura de membranas.

Lupus neonatal. Se relaciona con la presencia en la madre de anticuerpos antiRo y anti-La. Se caracteriza principalmente por bloqueo aurículo-ventricular completo (BCC) o parcial, rash discoide, fotosensibilidad, citopenias, hepatoesplenomegalia, miocarditis, pericarditis. (Ministerio de Salud Pública, 2013)

*Enfermedad Tiroidea.* El alza en los niveles plasmáticos de estrógeno que ocurre normalmente durante el embarazo provoca un aumento de la TBG (proteína transportadora de hormonas tiroideas) lo que en un primer momento causa una disminución de las hormonas tiroideas seguido de un estímulo positivo sobre la glándula que la hace aumentar la producción de Tiroxina y finalmente se traduce en un incremento de los valores de T4 y T3 totales, siendo T4 total 1,5 veces mayor al de una mujer no embarazada. Como sabemos, la gran mayoría de las hormonas tiroideas circulan unidas a esta proteína, y sólo alrededor de un 1% lo hace en forma libre (T4 libre y T3 libre). Las hormonas libres son las que se unen a receptores, entran en la célula y provocan cambios, ellas no se ven afectadas por este incremento de la TBG, manteniendo los valores normales similares a la

mujer no embarazada. Lo que cambia es la fracción unida a proteína, que se mantiene como reserva. Esta adaptación no sucede en poblaciones con baja ingesta de yodo y en tiroides con alguna patología previa.

**Factores de riesgo Agudo** Se llaman enfermedades agudas aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos. Generalmente son de corta duración, aunque no hay un consenso en cuanto a que plazos definen a una enfermedad como aguda. El término agudo no dice nada acerca de la gravedad de la enfermedad ya que hay enfermedades agudas banales (por ejemplo, resfriado común, gripe, cefalea). (Academia de la Lengua Española, 2015)

*Infecciones.* Fenómeno microbiano caracterizado por una respuesta inflamatoria a la presencia de microorganismos o la invasión de tejidos estériles del huésped por dichos microorganismos. (Lopez, s/f)

Las infecciones durante el embarazo más frecuentes son las respiratorias, la gastroenteritis, las infecciones del tracto urinario y la vulvovaginitis. (Infección e inflamación de la vulva y de la vagina). Entre las enfermedades infecciosas que mayor afectación pueden provocar a nivel fetal se encuentran la toxoplasmosis, la rubeola, el citomegalovirus (CMV), la varicela, la sífilis, el virus herpes y la listeria. (Puleva Salud, s/f)

*Traumatismos.* La embarazada puede sufrir las mismas lesiones que la mujer no gestante, además de los traumatismos propios del periodo gravídico. Sin embargo, los cambios fisiológicos y anatómicos que tienen lugar a lo largo del embarazo son capaces de modificar la respuesta orgánica al traumatismo durante la gestación, haciendo que existan diferencias, aun tratándose de las mismas lesiones, con los accidentes fuera del periodo

gravídico. Incluso estas diferencias se van modificando a lo largo de todo el embarazo, ya que estos cambios son paulatinos y progresivos durante la gestación, tanto para la madre como para el feto. En la asistencia a una mujer embarazada se debe tener presente en todo momento que estamos tratando dos vidas, la madre y su hijo, y que el feto puede sufrir tanto lesiones directas como derivadas de las alteraciones maternas. Los efectos del traumatismo durante la gestación van a estar determinados por los siguientes condicionamientos: edad gestacional, tipo y severidad del traumatismo, alteraciones en la fisiología feto-placentaria. (Salas y cols, 2011)

*Factores de riesgo Físico* Son todos aquellos factores ambientales que dependen de las propiedades físicas de los cuerpos tales como: Ruido, Temperaturas Extremas, Ventilación, Iluminación, Presión, Radiación, Vibración. Que actúan sobre el trabajador y que pueden producir efectos nocivos, de acuerdo con la intensidad y tiempo de exposición. (Salud ocupacional y seguridad industrial, 2016)

*Factores de riesgo Exógeno* Es generada fuera del individuo y éste la incorpora. Este modelo tiene su origen en las posturas mágico-religiosas, donde fuerzas o influencias externas inciden sobre el hombre y lo enferman. (Proyecto Salutia, s/f)

**Factores de riesgo del estilo de vida:** El estilo de vida de cualquier persona, constituye la manera en que ésta se comporta en su cotidianeidad, por lo que de él dependen los riesgos a los que se expone y que condicionan las posibilidades de enfermar o morir. Los estilos de vida abarcan cuestiones referentes a la casa en la que uno vive, los alimentos que se consumen, las actividades recreativas que se realizan, la distribución del tiempo libre, entre otras. Cuando se es niño, los padres ejercen gran influencia en la socialización de los estilos de vida, guiando la alimentación, la distribución del tiempo

libre, la forma de vestir, etc., sin embargo, cuando se llega a la adolescencia, los jóvenes toman varias decisiones por sí mismos. El término "estilos de vida" es muy amplio, sin embargo, en este estudio nos centraremos en los estilos de vida relacionados con la salud. (Blázquez M. 2010).

Los comportamientos saludables son acciones para prevenir enfermedades y accidentes, y que promueven la salud. El enfocar los factores de riesgo permite definir acciones preventivas. Al identificar estos factores se puede actuar de manera inmediata para evitar consecuencias a la salud tal. Estos pueden clasificarse en susceptibles de modificación y no modificables. Esto permite identificar las características de los factores mencionados. Los factores modificables son aquellos originados por acciones que dependen de la voluntad del individuo o el grupo al que pertenecen, pueden ser modificados al conocer las consecuencias de dichas acciones. Es ahí donde resulta preponderante la orientación del personal de salud a fin de encauzar a través del conocimiento para definir acciones preventivas, que hagan que los daños a la salud ocurran con menor frecuencia y así promover estilos de vida saludables. Los factores de riesgo que no pueden ser controlados o prevenidos por el individuo, tales como las enfermedades hereditarias, la edad y el género se denominan factores no modificables sin embargo, estos pueden disminuir sus efectos mediante una serie de hábitos que ayuden a mejorar una predisposición genética. (Castro, 2015)

*Estilos de vida saludables en el embarazo:* durante el embarazo es importante que el encargado de los cuidados prenatales fomente y oriente sobre estilos de vida que conserven la salud de la madre y propicien el buen desarrollo del producto. Las principales recomendaciones durante el embarazo son: una alimentación saludable y se debe limitar la cafeína, el alcohol y el tabaco. (Guerrero. 2015)

*Ejercicio:* Es importante sugerir a la usuaria la práctica del ejercicio al menos tres veces a la semana, evitando movimientos bruscos y ejercicios de alto riesgo como los aeróbicos, la equitación, el patinaje, el buceo y el esquí acuático, así como baños sauna, jacuzzis y temascal. La natación y el paseo son ideales. Recomendar que no realice ejercicios que impliquen posición de decúbito dorsal, y que suspenda la actividad si siente cualquier molestia como: dolor, mareo, debilidad, falta de respiración, contracciones, o presenta sangrado vaginal o pérdida de líquido. Recomendar el descanso adecuado, al menos durante ocho horas de sueño por la noche, y una siesta al medio día; mantenga los pies en alto cuantas veces pueda al día. Control sobre los cambios emocionales Así como la sensación de cansancio y náuseas, los cambios hormonales pueden alterar a la futura madre con facilidad, ocasionando su irritación y que pierda el control poniendo en riesgo la pérdida del producto. (Márquez y cols 2013)

*Adicciones:* No fumar, consumir bebidas alcohólicas o sustancias adictivas ilícitas, ya que pueden lesionar importantes órganos y sistemas en la madre y su hijo (a); estas sustancias producen dependencia y pone en peligro la vida de ambos. Las mujeres que acostumbran el consumo de sustancias adictivas deben entrar a un programa de rehabilitación, buscar ayuda profesional y el apoyo familiar antes de embarazarse; las actividades recreativas, sociales y culturales pueden ser de utilidad. Tabaco y embarazo está demostrado que las mujeres que fuman durante el embarazo tienen un 130% más de probabilidades de tener un hijo con bajo peso. Los hijos de madres fumadoras pueden tener una reducción del peso fetal entre 100 y 200 gramos. También el tabaco produce alteraciones debido a la nicotina, por lo que los recién nacidos de madres fumadoras suelen ser niños más inquietos que comen y duermen peor. Aunque en condiciones normales menos de 10 cigarrillos al día se considera un consumo bajo, como el número de

cigarrillos que produce estos efectos no está bien establecido, médicamente se desaconseja fumar durante el embarazo. (Márquez y cols 2013)

*Fatiga y ambientes contaminados:* Evitar el trabajo físico que lleve a la fatiga, o permanecer y trabajar en ambientes contaminados con sustancia que afecten el embarazo, y por consiguiente, al niño. Es fundamental informar a la madre sobre el ambiente laboral de riesgo, conocer las medidas de seguridad y las condiciones de trabajo establecidas para proteger la salud de ambos. (Marquez y cols 2013)

*Control prenatal durante el embarazo:* el respeto a la evolución natural del embarazo debe liderar toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. La atención de calidad a las embarazadas conlleva: el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención. Según la OMS el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como 8 perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix). No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y

enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. (Guía de Práctica Clínica del MSP, 2015)

La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y una atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. La muerte materna es evitable en la mayoría de los casos, se ha comprobado que una intervención eficaz, y la inversión en el fomento de una maternidad sin riesgo no solo reduce la mortalidad y la discapacidad materno infantil, sino que también contribuye a lograr mejor salud, mejor calidad de vida y equidad para la mujeres, sus familias y las comunidades. Estas intervenciones resultan más eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en el primer nivel de atención. (Guía de Práctica Clínica del MSP, 2015)

#### **5.1.4. DIAGNÓSTICO**

En todo cuadro clínico de amenaza de aborto es indispensable realizar: historia clínica y examen físico completo.

##### **5.1.4.1. CLINICA**

La presencia de signos y síntomas de una amenaza de aborto, son factores que generan ansiedad y estrés en la mujer embarazada, acerca del desarrollo de la gestación. El diagnóstico presuntivo de una amenaza de aborto, se basa en la historia de sangrado transvaginal en etapas tempranas del embarazo, en presencia de un cérvix cerrado, con o sin contracciones uterinas. (McCoy. 2011)

Los síntomas de una amenaza de aborto abarcan:

- Amenorrea secundaria
- Prueba de embarazo positiva
- Presencia de vitalidad fetal
- Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal
- Volumen uterino acorde con amenorrea
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último período menstrual se presentó hace menos de 20 semanas). (McCoy. 2011)

Al examen obstétrico mediante la especuloscopia y tacto vaginal el mismo que permite evaluar las condiciones del cérvix encontrándose largo y cerrado, además permite descartar otra lesión que genere sangrado genital (lesiones verrucovaginales, pólipos cervicales, etc). (Lumsden M, 2012)

La presencia de un hematoma intrauterino subcoriónico durante el primer trimestre del embarazo, aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas severas, independientemente de los síntomas propios de la amenaza de aborto. (Guía de Práctica Clínica Country, 2011)

La demostración de actividad cardíaca fetal generalmente se asocia a un embarazo exitoso, la amenaza de aborto espontáneo puede presentarse con una pérdida de sangre apenas perceptible hasta un profundo shock potencialmente mortal (McBride 1991). Una vez que el cuello uterino comienza a dilatarse, el aborto espontáneo y la pérdida del embarazo son inevitables.

#### 5.1.4.2. ESTUDIOS DE LABORATORIO

*Marcadores séricos.* Para diagnosticar amenaza de aborto se debe realizar los siguientes:

- ✓ Prueba de embarazo
- ✓ Determinación de b-HCG
- ✓ Biometría hemática

Se ha encontrado que algunas determinaciones hormonales pueden ser útiles para establecer un pronóstico en mujeres con amenaza de aborto. La medición de Gonadotropina Coriónica Humana (hCG) ha sido propuesta como uno de estos predictores. Se ha demostrado que pacientes con amenaza de aborto presentan niveles séricos inferiores a aquellas mujeres que no presentan amenaza de aborto. (Morgante G. Uptoday, 2014)

Sin embargo la medición de la fracción  $\beta$  de hCG ( $\beta$ hCG) junto con la medición de progesterona sérica muestra mayor valor pronóstico que la medición de estas de forma individual. Un estudio retrospectivo de 245 mujeres embarazadas, mostro que los niveles séricos de  $\beta$  hCG y de progesterona fueron significativamente más bajos en pacientes con amenaza de aborto que concluyo en un aborto inevitable ( $3,647.00 \pm 2,123.00$  mIU/ml y  $13.76 \pm 5.52$  ng/ml, respectivamente), que en pacientes con un embarazo intrauterino normal ( $13,437.00 \pm 6,256.00$  mIU/ml y  $31.67 \pm 5.86$  ng/ml, respectivamente) y mujeres con AA que continuaron su embarazo ( $8,492.00 \pm 2,389.00$  mIU/ml y  $25.47 \pm 6.11$  ng/ml, respectivamente), con una sensibilidad diagnostica del 88.1% y especificidad de 84.3%.

Entre algunos otros biomarcadores que se encuentran en pacientes con AA que eventualmente abortaron están: la Inhibina A y Activina A que se encuentra en bajas concentraciones, mayores concentraciones del Antígeno de carcinoma ovárico CA125, y bajas concentraciones de Proteína A placentaria (PAPP-A). (Wahabi, 2013)

### 5.1.4.3. ESTUDIOS DE IMÁGEN

El ultrasonido (US) es el estudio de fundamental que nos ayuda a establecer la presencia de embarazo y excluir otras causas de hemorragia como el embarazo ectópico o molar, además también ayuda a diferenciar entre un embarazo intrauterino viable y uno no viable, por lo que ha sido propuesto como un predictor en el desenlace de la amenaza de aborto. Un saco gestacional de la menos 15 mm las primeras 7 SDG y de 21 mm a las 8 SDG tiene una sensibilidad diagnóstica del 90.8%. Un saco gestacional de 17 mm sin embrión o de 13 mm sin saco de Yolc pueden predecir una gestación no viable con una especificidad y un Valor predictivo positivo del 100%. (Lumsden M, 2012)

La identificación, de frecuencia cardíaca fetal por ultrasonido vaginal indica un 97% de probabilidad de que el embarazo continúe más allá de las 20 SDG, sin embargo la presencia de bradicardia se considera un factor de mal pronóstico. Estudios prospectivos de muestran que los siguientes factores de riesgo: bradicardia fetal, discrepancia de más de una semana entre la edad gestacional por US y por fecha de última menstruación, y la discrepancia entre la edad del saco gestacional y la longitud corona rabadilla, aumentan el riesgo de aborto de un 6% cuando ninguno de estos factores está presente, a un 84% cuando los tres están presentes. (Jauniaux E. et-al 2005).

Otras características ultrasonográficas que han sido tomadas en cuenta en algunos estudios, son la forma del saco gestacional, la ecogenicidad de la placenta, el grosor del trofoblasto y la presencia de un hematoma intrauterino, sin embargo ninguno de estos factores ha podido demostrar por completo una relación con las subsecuentes complicaciones de una amenaza de aborto. (Perrera y Silva, 2014).

### 5.1.5. TRATAMIENTO

Para la elección del tratamiento se debe considerar lo siguiente:

- Identificar causas posibles
- Descartar patología infecciosa
- Confirmar vitalidad fetal
- Medidas seriadas de b-HCG cada 2 a 3 días
- Seguimiento ecográfico transvaginal semanal
- Uso de analgésicos
- Antiespasmódicos (butilhioscina)
- Progesterona natural 200 a 400 mg cada 12 horas hasta la semana 12 de gestación, en caso de insuficiencia de cuerpo lúteo.
- Prescripción de antibióticos en caso necesario
- Solicitar hemoclasificación.

No existe una terapia efectiva en el tratamiento de la amenaza de aborto. Si se continúa con el embarazo se debe de dar un seguimiento semanal hasta que se resuelva el sangrado y de igual manera se debe de tener especial atención por el riesgo de presentar parto pretérmino, oligohidramnios y restricción en el crecimiento intrauterino. El reposo en cama en la recomendación más común, no hay evidencia suficiente de que el reposo pueda afectar el curso del embarazo, de igual manera el evitar las relaciones sexuales, sin embargo estas recomendaciones crean un ambiente de seguridad para las mujeres, por lo que se sugiere que se lleven a cabo. (American College of Obstetricians and Gynecologists. 2015)

En cuanto al uso de la progesterona, esta desempeña un papel fundamental en la preparación del útero para la implantación del óvulo fertilizado, por lo que se ha sugerido

que la deficiencia de esta hormona puede ser la causa de abortos espontáneos, lo cual se pudiera revertir con el uso de progesterona exógena. (Guía de práctica Clínica GPC. 2013)

Sin embargo no hay evidencia de la efectividad de la progesterona administrada vía vaginal en la reducción del riesgo de aborto espontaneo para las mujeres con AA, en una revisión de 15 estudios clínicos controlados, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en el riesgo de aborto espontaneo en pacientes que recibieron progestágeno o un placebo o ningún tratamiento, por lo que no se considera un tratamiento adecuado para prevenir el aborto espontaneo. (Guía de práctica Clínica GPC. 2013)

El uso de miorelagantes uterinos o tocolíticos como la Bufenina, no está respaldado por investigaciones recientes. El tratamiento de infecciones vaginales como Gonorrea y chlamydia, no ha mostrado un efecto sobre la evolución de la amenaza de aborto, sin embargo si se detecta debe tratarse. (Casasco & di Pietrantonio, 2012)

El tratamiento con inmunoglobulina anti-D en mujeres Rh negativo, se recomienda por parte del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, aunque la aloimmunización durante la amenaza de aborto en el primer trimestre del embarazo es rara, se debe de considerar el tratamiento en mujeres que no estén sensibilizadas, con amenaza de aborto después de las 12 semanas de gestación, o en casos de sangrado abundante o recurrente que se asocie a dolor abdominal, particularmente si la gestación se acerca a las 12 semanas de gestación. (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 2014)

***Protocolo de Manejo de Amenaza de Aborto según el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud***

- Toda amenaza de aborto no amerita hospitalización
- Realice o complete la Historia clínica perinatal y el Carné Perinatal.

- Evaluación clínica que incluya tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.
- Realice evaluación obstétrica que incluya frecuencia cardíaca fetal por cualquier método (si aplica) y examen vaginal especular.
- Registre la existencia en control prenatal de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, TP, TTP, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, HIV con consentimiento informado, EMO.
- Solicite aquellos exámenes que no consten en la historia clínica perinatal o necesiten ser actualizados.
- Glicemia
- Cuantificación de gonadotropina coryonica y/o Ultrasonido (para establecer la vitalidad del embrión o feto)
- Cuando la hemorragia es moderada puede internarse para descartarse que se trate de un aborto inevitable o evolución.
- Tranquilice a la paciente e informe sobre su condición.
- Escuche y responda atentamente a sus preguntas e inquietudes y a las de sus familiares.
- Brinde apoyo emocional continuo.
- No administre de rutina tratamiento hormonal (Progesterona) ni tocolítico (indometacina), pues no impiden un aborto. Por lo general el tratamiento médico no es necesario.
- En caso de que la hemorragia sea moderada la contractilidad uterina frecuente, la edad del embarazo próxima a las 20 semanas y se tiene evidencia de feto vivo, puede utilizarse fármacos tocolítico.

- En la paciente con un cuadro de amenaza de aborto, es importante el diagnóstico diferencial con embarazo ectópico.
- Si se encuentra patología añadida como causa de la amenaza de aborto instale tratamiento etiológico, por ejemplo: IVU y trate según protocolo.

*Indicaciones de alta:*

- Reposo en cama (no indispensable, considere factores socio culturales y familiares). No relaciones sexuales hasta que se supere el riesgo
- No duchas vaginales
- Manejo de infecciones urinarias o vaginales (si aplica)
- Si cede el sangrado indicar continuar control prenatal habitual.
- Si la paciente tiene antecedente de abortos previos consecutivos disponga el ingreso a la unidad operativa o la referencia a otra unidad de mayor resolución con epicrisis o carné prenatal para evaluación de incompetencia cervical o abortadora habitual. (Miranda, 2013)

#### 5.1.6. **COMPLICACIONES**

Posterior a presentar una amenaza de aborto, aumenta el riesgo de presentar las siguientes complicaciones:

- Aborto.
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Parto pretérmino.
- Ruptura prematura de membranas.
- Desprendimiento de placenta normoincertaina
- Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- Peso bajo al nacer

## 6. MATERIALES Y MÉTODOS

**TIPO DE ESTUDIO:** es un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo.

**ÁREA DE ESTUDIO:** La investigación se llevó a cabo en el Hospital General "Isidro Ayora" de Loja, en los servicios de emergencia y hospitalización del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora, en el periodo de agosto-octubre del 2015.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Paciente gestante con amenaza de aborto >12 años.
- Tener un periodo de gestación de  $\leq 20$  semanas.
- Pacientes de cualquier paridad.
- Pacientes con antecedentes de aborto o con la amenaza del mismo.
- Pacientes con comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, trastornos hipertensivos asociados al embarazo o no, alteraciones tiroideas, anemia, entre otros),

**UNIVERSO:** se conformó por 1192 historias clínicas de pacientes atendidas en el departamento de Gineco-Obstetricia del hospital Isidro Ayora en el periodo de agosto-octubre del 2015.

**MUESTRA:** estuvo conformada por 89 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto atendidas con en el departamento de Gineco-Obstetricia del hospital Isidro Ayora en el periodo de agosto- octubre del 2015.

### **MATERIALES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**REVISIÓN DE DOCUMENTOS (HISTORIAS CLINICAS):** que reposan en el departamento de estadística del Hospital general Isidro Ayora Loja, de cada una de las

pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto atendidas durante el periodo agosto - octubre del 2015.

**INSTRUMENTO (HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS):** con las variables que constan en los objetivos (Anexo 1.) previamente elaborada por la autora, donde incluyo: edad de la paciente, factores de riesgo para presentar amenaza de aborto (comorbilidades asociadas, factores del estilo de vida, factores gineco-obstetricos) y evolución del embarazo.

### **DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

- El trabajo investigativo se realizó al presentar previamente la aprobación del tema, posterior a ello la asignación de asesor del proyecto de tesis, pertinencia y designación de director del mismo.
- Luego a través del Coordinador de la Carrera de Medicina Humana se solicitó la autorización para revisión del historial clínico de las usuarias que fueron atendidas en el departamento de gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora.
- Seguidamente se recogió la información en el instrumento empleado.
- Finalmente los datos obtenidos fueron tabulados y plasmados en tablas de frecuencia y porcentaje para la emisión del análisis, discusión, conclusiones y recomendaciones.

## 7. RESULTADOS

**Objetivo # 1:** “Identificar en qué grupo de edad se presenta con más frecuencia la amenaza de aborto”

**TABLA # 1**

*Edad de las pacientes con amenaza de aborto*

EDAD	F	%
12 a 14 años	4	4,49
15 a 19 años	31	34,83
20 a 24 años	20	22,47
25 a 29 años	18	20,22
30 a 34 años	11	12,35
35 años	5	6,61
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia Clínica Hospital General Isidro Ayora.

**Elaborado por:** La autora.

**Interpretación:** El 34,83 % (n= 31) de las pacientes con amenaza de aborto se presentó de 15 a 19, el 22,47 % (n=20) correspondió a las edades de 20 a 24 años, mientras que el 20,22% (n=18) al grupo etario de 25 a 29 años.

**Objetivo # 2:** “Puntualizar los factores de riesgo que predisponen a las gestantes a presentar amenaza de aborto”

**TABLA # 2**

*Comorbilidades de las pacientes con amenaza de aborto*

COMORBILIDADES	F	%
<b>Infecciones del tracto urinario</b>	36	40,44
<b>Infección cervico/vaginal (vaginosis bacteriana, candidiasis vaginal)</b>	25	28,08
<b>Diabetes Mellitus tipo 2</b>	2	2,24
<b>Hipertensión arterial</b>	2	2,24
<b>Enfermedad renal</b>	0	0,00
<b>Hipotiroidismo</b>	1	1,12
<b>Síndrome antifosfolípidos</b>	0	0,00
<b>Lupus eritematoso sistémico</b>	0	0,00
<b>Hematoma retroplacentario</b>	2	2,24
<b>Otras (placenta previa, incompetencia istmocervical)</b>	6	6,74
<b>Sin comorbilidades</b>	15	16,85
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia Clínica Hospital General Isidro Ayora.

**Elaborado por:** La autora.

**Interpretación:** El 40,44 % (n=36) corresponde a infecciones urinarias, el 28,08% (n=25) se evidenció en las infecciones cervico/vaginales, el 16,85% (n=15) no presentó comorbilidades, mientras que el 6,74% (n=6) presentó otras causas como placenta previa e incompetencia istmocecrvical

**TABLA # 3*****Factores de riesgo del estilo de vida en las pacientes con amenaza de aborto***

FACTORES DE RIESGO DEL ESTILO DE VIDA	F	%
Actividad física exagerada	2	2,24
Estrés emocional	3	3,37
Exposición a humo de cigarro	5	5,61
Consumo de alcohol	3	3,37
Consumo de drogas	2	2,24
Traumatismos	3	3,37
Exposición a radiaciones	0	0,00
Ninguno	71	79,77
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia Clínica Hospital general Isidro Ayora.

**Elaborado por:** La autora

**Interpretación:** El 79,77% (n=71) de las pacientes con amenaza de aborto no presento ningún factor de riesgo relacionado con el estilo de vida, la exposición al humo de cigarrillo corresponde al 5,61% (n=5), el 3,37% (n=3) a estrés emocional, consumo de alcohol y traumatismos, finalmente el consumo de drogas y la actividad física exagerada tuvo un 2,24 % (n=2).

**Tabla # 4****Antecedentes Gineco-Obstétricos de las pacientes con amenaza de aborto**

AMENAZA DE ABORTO		ABORTO PREVIO		PARIDAD		CONTROLES PRENATALES				
<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>			
<b>SI</b>	17	19,10	21	23,59	<b>Primigesta</b>	38	42,69	<b>Ninguno</b>	16	17,97
								<b>1-2</b>	49	55,05
<b>NO</b>	72	80,89	68	76,40	<b>Multigesta</b>	51	57,30	<b>3-4</b>	17	19,10
								<b>5</b>	7	7,86
<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>	<b>TOTAL</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Historia Clínica Hospital General Isidro Ayora.

**Elaborado por:** La autora

**Interpretación:** El 80,89% (n=72) de las pacientes no presentó amenaza de aborto previo, mientras que el 19,10% (n=17) sí tuvo este antecedente. El antecedente de aborto se evidenció en un 23,59%, (n=21) mientras que el 76,40% (n=68) no lo presentó. La amenaza de aborto se presentó en las pacientes multigestas con un 57,30% (n=51) y con un 42,69% (n=38) en las primigestas. El 55,05% (n=49) de las pacientes tuvieron entre 1 y 2 controles prenatales, el 19,10% (n=17) entre 3 a 4 controles prenatales.

**Objetivo # 3:** “Determinar el número de pacientes con amenaza de aborto que continuaron con el embarazo o terminaron en aborto espontaneo según la edad gestacional”

**TABLA # 5**

*Evolución del embarazo según la edad gestacional en las pacientes con amenaza de aborto*

EDAD GESTACIONAL	PROGRESIÓN A		PROGRESIÓN DEL	
	ABORTO		EMBARAZO	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
<b>7-10 semanas</b>	7	7,86	19	21,34
<b>11- 15 semanas</b>	3	3,37	29	32,58
<b>16 – 20 semanas</b>	1	1,12	30	33,72
<b>TOTAL</b>	11	<b>12,35</b>	78	<b>87,64</b>

**Fuente:** Historia Clínica Hospital General Isidro Ayora.

**Elaborado por:** La autora.

**Interpretación:** El 87,64% (n=78) de las pacientes continuaron con el embarazo, siendo el 33,72% (n=30) de una edad gestacional comprendida entre 16 a 20 semanas. Mientras que el 12,35 % (n=11) evoluciono a aborto con su mayor porcentaje (7,86%) (n=7) en la 7 a 10 semana de gestación.

## 8. DISCUSIÓN

Por lo menos 20-30% de las embarazadas tienen hemorragia en el primer trimestre. También en Irán en el año 2010, publicaron un estudio de cohorte prospectivo que se realizó en 1000 gestantes, 500 mujeres (grupo de casos), tenían antecedente de sangrado vaginal en la primera mitad del embarazo y las otras 500 (grupo control), no tenía esta historia. ( Dadkhah y cols. 2010)

Según los resultados de la Universidad Central del Ecuador, del estudio realizado en el Hospital San Luis de Otavalo en el 2012, en 96 pacientes, la amenaza de aborto se presentó en un 16%. (Dra. Llivicura M, 2012). Algo similar en este mismo en Guayaquil mencionan a la hemorragia del primer trimestre con una frecuencia de 5 al 14% de todos los embarazos. Destacando que toda pérdida sanguínea que ocurra en este periodo se lo considera como amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario. (Cassis M, 2012).

A nivel local se destaca un estudio denominado perfil epidemiológico del embarazo en adolescentes en el periodo Junio 2010-Julio 2011 en el hospital General Isidro Ayora, demostró que la amenaza de aborto que se sitúa en un 12.47%. Llama la atención que en el 2015 otra investigación enfocada en determinar los factores de riesgo y complicaciones del embarazo en adolescentes, demostrando que la amenaza de aborto se sitúa en 22,68%. Cifras que aumentan progresivamente es esta casa de salud ya que en este estudio realizado se observa que el 34,83% corresponde a pacientes con amenaza de aborto, entre 15 a 19 años de edad. Mientras que en el periodo etario comprendido entre 20 a 24 años la cifra fue del 22,47%, de igual manera el 20,22% correspondió a pacientes de una edad entre 25 a 29 años. De las cuales 57,30% son pacientes multigestas y el 42,69% primigestas. (Martínez, 2011).

Sin embargo la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en el 2010, en el estudio retrospectivo y analítico realizado en Hospital Dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, con una muestra de 56 pacientes concluyendo que el 38% que presentaron amenaza de aborto, tenían una edad comprendida en 18 a 24 años, de 25 a 29 años se presentó en un 32%, y de 30 a 35 años en 23%, el 43% correspondió a pacientes primigestas, mientras que el 57 % a multigestas. (Navia R. 2010)

En lo que se refiere a pacientes gestantes de edad avanzada la amenaza de aborto solo se presentó en un 6,61% lo que contrasta con el estudio realizado en el 2012, recopilado del Archivo Médico de Camagüey de Cuba donde menciona que la amenaza de aborto se presentó en un 43.3 % entre 35-39 años, teniendo como antecedente patológico personal la hipertensión arterial crónica con un 85.7 %, mientras que dicha patología a nivel local se presentó en un 2,24%. Cabe recalcar que en este estudio solo se analizó pacientes hasta 35 años. (Ramos y cols, 2012)

En el Perú, una investigación realizada por la Universidad de Chiclayo en el 2012, determinó que las pacientes con amenaza de aborto ingresaron con infecciones del tracto urinario con un valor del 48.48% (N=64), no así en nuestro medio la cifra encontrada por el presente estudio para esta entidad fue del 40,44%. (Farías, 2012)

El estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en el Hospital Civil de Pasto de Colombia, buscó determinar las principales complicaciones obstétricas en mujeres con infecciones vaginales, concluyendo que el 23% corresponde a amenaza de aborto, mientras que en este estudio en relación a infecciones cervicovaginales el dato obtenido fue del 33,78%. (Perugache y cols, 2010)

Según las Guías del MSP del 2013, destacan que el 15 al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo.

Oportunamente la culminación del embarazo según los datos obtenidos en la presente investigación es del 12,35% con mayor frecuencia en la semana 7 a 10 de gestación. Datos parecidos publica la Universidad de Maryland, el promedio de abortos luego del sangramiento amenazante, esta entre 10 y 20% y usualmente se presenta entre la 7 y 12 semanas.

Según la revista médica de Costa Rica y Centroamerica *IXVIII* en el 2011, aunque no publica con cifras numéricas destaco que el aborto espontáneo ocurre sólo en un pequeño porcentaje de mujeres que tienen sangrado vaginal amenazante durante el embarazo, lo que podemos asemejar con el 87,64% de pacientes que continuaron satisfactoriamente la gestación según el presente estudio. (Gonzales, 2011)

Referente al número de controles prenatales realizados por la población del estudio, tenemos que el 55,05% al menos tiene 1 o 2 controles hasta las fecha que presento amenaza de aborto, el 19,10% entre 3 a 4 mientras que el 17,97% no registro ningún control al momento.

Según el MSP en la guía de práctica clínica de Control Prenatal del 2015, menciona: “los principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal” , siendo como mínimo cinco controles prenatales durante el embarazo (OMS), además acota “no obstante el solo cumplimiento de estos no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere, que en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y del recién nacido.”

## 9. CONCLUSIONES

- La amenaza de aborto es una emergencia obstétrica que se presenta durante el embarazo, en una por cada trece pacientes que ingresan al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora, siendo la población más propensa las gestantes en edad fértil.
- Al caracterizar a las pacientes con amenaza de aborto según los factores de riesgo tenemos que: las infecciones del tracto urinario y cervicovaginales con un porcentaje en orden descendente respectivamente, constituyen el principal factor desencadenante, no tuvo mayor relevancia los factores implicados en el estilo de vida, finalmente los antecedentes gineco-obstetricos (aborto, amenaza de aborto, paridad, controles prenatales) no fue una condición determinante para presentar dicha patología.
- En relación a la evolución del embarazo se observó que más del 80% de la población tuvo un progreso exitoso del mismo, ya que al momento del diagnóstico cursaban un embarazo de más de 15 semanas.

## 10. RECOMENDACIONES

- Realizar un adecuado llenado de las historias clínicas, con todos los datos clínicos de las pacientes, ya que constituyen la fuente de un sin número de investigaciones, entorpeciendo las mismas si no lo están.
- Durante los controles prenatales hacer énfasis a la paciente sobre los factores de riesgo que pueden presentar durante el embarazo, y por ende ocasionen amenaza de aborto, de manera primordial destacar el cuadro clínico de las infecciones del tracto urinario y cervicovaginales, alternativas de tratamiento y las principales complicaciones que puede ocasionar a futuro. Finalmente sobre todo orientar a la prevención de factores de riesgo modificables del estilo de vida.
- Orientar a las pacientes a realizarse un adecuado chequeo prenatal y sobre todo hacer relevancia de los signos y síntomas de alarma de amenaza de aborto, para que la gestante acuda oportunamente al servicio de emergencias hospitalarias donde gracias a la atención propicia continúen exitosamente con el embarazo.

## 11. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

- Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología.- Capítulo 10. Perdida temprana del embarazo.- Scout James- 8ª Edición, Editorial Mc Graw Hill. 2010
- Scout J. Guías Clínicas de diagnóstico y tratamiento. 2010. Recuperado de:  
[http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gineco/guias\\_gineco/2\\_aborto.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/guias_gineco/2_aborto.pdf)
- OMS. Adolescentes (2010). Recuperado de:  
[http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
- ARS MÉDICA. Amenaza de aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. Dr Jorge Neira (SF) 2011. Recuperado de:  
<http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/viewFile/290/222>
- Gonzales A. Revista médica de Costa Rica. Amenaza de aborto (2011) Recuperado de:  
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>
- MSP, Guía de práctica clínica (2013) "diagnóstico y tratamiento del aborto" Recuperado de: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D503.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D503.pdf)
- Hayfaa A, Amel A, Samia A, Rasmieh A. PREGNANCY AND CHILDBIRTH GROUP (2011). Progestágenos para el tratamiento de la amenaza de aborto espontáneo. Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD005943/progestagenos-para-el-tratamiento-de-la-amenaza-de-aborto-espontaneo>
- Rojas M. tesis de pregrado denominada “ Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto “ (2010) Recuperado de:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2523/1/rojas\\_om.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2523/1/rojas_om.pdf)

CANO E. amenaza de aborto (2014) Recuperado de: <http://edsoncano.com/amenaza-de-aborto/>

Llivicura M. Universidad Central del Ecuador. tesis de pregrado denominada Factores de riesgo para la amenaza de aborto (2012). Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1140/1/T-UCE-0006-38.pdf>

Rubio N. ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, "Metrorragia en el primer mes". 2013. Recuperado de: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/metrorragia\\_1ra\\_mitad.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/metrorragia_1ra_mitad.html)

SWISS MEDICAL. Recopilación realizada por el Departamento de Docencia e Investigación de Enfermería de (2012). Recuperado de: <http://www.sanatoriodelosarcos.com.ar/pdf/EMBARAZO%20DE%20ALTO%20RIESGO.pdf>

Tello E, y Vasquez M tesis de pregrado denominada "Determinación de progesterona en mujeres que presentan aborto o amenaza de aborto en el primer trimestre de embarazo" (2013) Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3239/1/Tesis.pdf>

López y Miranda artículo de revisión denominado *Amenaza de aborto* (2013) *Recuperado de:* [file:///D:/InnoVaCliente/Downloads/Articulo\\_amenaza\\_de\\_aborto\\_pdf%20\(1\).pdf](file:///D:/InnoVaCliente/Downloads/Articulo_amenaza_de_aborto_pdf%20(1).pdf)

Ureta Y. tesis de pregrado denominada *Amenaza de aborto en el servicio de gineco - obstetricia del hospital regional norte PNP – Chiclayo: prevalencia, causas y*

*estancia hospitalaria* (2012) Recuperado de: [http://www.ucsm.edu.pe/catolica/index.php?option=com\\_content&view=article&id=889&Itemid=1016](http://www.ucsm.edu.pe/catolica/index.php?option=com_content&view=article&id=889&Itemid=1016)

Revista Unimar Número 61 Enero-Julio, 2013 *Complicaciones obstétricas en mujeres gestantes con infecciones vaginales atendidas en el hospital civil de Pasto.* Recuperado de: *file:///D:/InnoVaCliente/Downloads/387-1292-1-SM.pdf*

Padilla J. tesis de pregrado denominada *Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en el hospital Belén de Trujillo* (2014) Recuperado de: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA\\_JOHANA\\_A\\_MENAZA\\_ABORTO\\_NEONATALES.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA_JOHANA_A_MENAZA_ABORTO_NEONATALES.pdf)

Mérida Y. Sociedad Yucateca de Ginecología y Obstetricia.. (2010) *Juicio crítico sobre la terapéutica actual de la amenaza de aborto.* Recuperado de: <http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2010/enero10/hace55.pdf>

Hernández C. ISEM (SF) *Hemorragia obstétrica.* Recuperado de: [http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/salud\\_reproductiva/hemorragia\\_obstetrica.pdf](http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/salud_reproductiva/hemorragia_obstetrica.pdf)

Martínez y Vázquez SCIELO..(2014) *Estudio descriptivo de los procesos de IT más prevalentes derivados de problemas durante el embarazo en mujeres de la comunidad valenciana.* Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000500032&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000500032&script=sci_arttext)

CENETEC, Guía de Práctica Clínica GPC (2015) *Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la amenaza de aborto en el primer y segundo niveles de atención.* Recuperado de:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/026\\_GPC\\_AmenazadeAborto/SSA\\_026\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/026_GPC_AmenazadeAborto/SSA_026_08_GRR.pdf)

CCM Benchmark GROUP (2016) Amenaza de aborto. Recuperado de:

<http://salud.ccm.net/faq/embarazo-9#5883>

## 12. ANEXOS

### Anexo 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
AREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA**

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**SEDE: Hospital General Isidro Ayora de Loja**

**INSTRUCCIONES:** el llenado será en base a las historias clínicas que se encuentran en el departamento de estadística, el mismo que debe realizarse sin enmendaduras.

Cada hoja se encuentra enumerada y consta de un espacio adecuado para la recolección de la información, del tema de tesis denominado: ***AMENAZA DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO-OCTUBRE DEL 2015.***

#### **DATOS GENERALES:**

Hoja Nro.:..... Hora y fecha del llenado:.....

Historia Clínica Nro.:..... Responsable del llenado:.....

### RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

**Edad de la paciente:.....**

#### **Factores concomitantes asociadas**

Diabetes Mellitus	( )	Síndrome antifosfolípidos	( )
Hipertensión arterial	( )	Lupus eritematoso sistémico	( )
Enfermedad renal	( )	Infecciones del tracto urinario	( )
Alteraciones tiroideas	( )	Hematoma retroplacentario subcorial	( )

**Factores de riesgo en el estilo de vida**

- Actividad física exagerada ( )
- Estrés emocional ( )
- Exposición o consumo de cigarro ( )
- Consumo de alcohol ( )
- Consumo de drogas ( )
- Traumatismos ( )
- Exposición a radiaciones ( )

**Factores obstétricos**

- Edad gestacional ( )
- Amenaza de aborto previo ( )
- Aborto previo ( )
- Numero de gestas: Primigesta ( ) multigesta ( )
- Numero de control prenatal ( )

***EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN***

- Continúa el embarazo ( )
- Termina en aborto espontáneo ( )



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. María Belén Novillo  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

**CERTIFICA:**

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada "AMENAZA DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIODO AGOSTO - OCTUBRE DEL 2015", autoría de Katy Soledad Sucunuta Moreno, con número de cédula 1105836280, egresada de la carrera de Medicina Humana, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 14 de Octubre de 2016

Lic. María Belén Novillo  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

ine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email [venalfine@finetunedenglish.edu.ec](mailto:venalfine@finetunedenglish.edu.ec) | [www.finetunedenglish.edu.ec](http://www.finetunedenglish.edu.ec)

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702  
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169  
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442



# PERFIL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

## **1. TEMA**

*AMENAZA DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIDO AGOSTO- OCTUBRE DEL 2015*

## 2. PROBLEMATIZACIÓN

La amenaza de aborto es el trastorno en el cual una gestante presenta el riesgo de perder su producto antes de las 20 semanas de gestación, y constituye complicación común que se produce hasta en el 50% de los embarazos y de estos entre el 9 y 30% acaban en aborto espontáneo. (Revista de estudios médico humanísticos de Chile. Vol. 6, No. 6. 2010)

En la provincia de Alicante de España, durante el periodo 2008 a 2012 se observó que la amenaza de aborto descendió un 4,4%. Donde la protección de la situación de riesgo en el embarazo, está dado por políticas positivas de salud.

Los porcentajes contrastan, según la Universidad de Maryland, el promedio de abortos luego del sangramiento amenazante, esta entre 10 y 20% y usualmente se presenta entre la 7 y 12 semanas. (Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVIII (599) 495-498 2011)

También Dadkhah y cols., en Irán en el año 2010, publicaron un estudio de cohorte prospectivo se realizó en 1000 mujeres embarazadas, 500 mujeres (grupo de casos), tenían antecedentes de sangrado vaginal durante la primera mitad del embarazo y las otras 500 mujeres (grupo control), no tenía esta historia.

El Archivo Médico de Camagüey de Cuba (2012), en un estudio realizado en mujeres gestantes de edad avanzada, menciona que la amenaza de aborto se presentó en un 43.3 % donde predominaron las mujeres entre 35-39 años (75 %). El antecedente patológico personal que más se presentó fue la hipertensión arterial crónica (85.7 %).

El estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal en el Hospital Civil de Pasto de Colombia, buscó determinar las principales complicaciones obstétricas en mujeres con infecciones vaginales, concluyendo que el 23% corresponde a amenaza de aborto y el promedio de edad de la población de estudio fue 23.2 años, con un riesgo mayor de presentar infección entre los 21 y 25 años.

En el Perú, una investigación realizada por la Universidad de Chiclayo en el 2012, demostró que la prevalencia de amenaza de aborto es de 13.5%. La edad de la población estuvo entre 21-43 años (media 32). El 55.37% se encontraban entre la semana 6 y 10 de gestación. El 89.26% son multigestas, Además determinó que el 48.48% (N=64) ingresaron

con Infecciones del Tracto Urinario (ITU), como principal causa y un 17.42% no tienen causa aparente. El 79.55% solo tuvo un ingreso por amenaza de aborto. El 54.55% tiene más de un antecedente patológico como legrado uterino e ITU.

En Guayaquil, según la revista médica del Dr. Roberto Cassís Martínez (2012), menciona a la hemorragia del primer trimestre con una frecuencia que oscila entre el 5 al 14% de todos los embarazos. Donde destaca que toda pérdida sanguínea que ocurra en este periodo se lo considera como amenaza de aborto mientras no se demuestre lo contrario. Del 15 al 20% de los embarazos que se diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna. (Guía de Práctica clínica del MSP. 2013)

Según los resultados de la Universidad Central del Ecuador, del estudio realizado en el Hospital San Luis de Otavalo desde enero a diciembre del 2012, en 96 pacientes, la amenaza de aborto se presentó en un 16%.

La Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí en el 2010, en el estudio retrospectivo y analítico realizado en Hospital Dr Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, con una muestra de 56 pacientes determino que el 38% que presentaron amenaza de aborto, tenían una edad comprendida en 18 a 24 años, de 25 a 29 años se presentó en un 32% y de 30 a 35 años en 23%, el 43% correspondió a pacientes primigestas, mientras que el 57 % a multigestas, siendo el mayor porcentaje entre las 11 y 15 semanas de gestación (64%), terminando el 22% en aborto espontaneo.

Un estudio realizado en el 2013 por la Universidad de Cuenca determinó que la hemorragia vaginal presente en el primer trimestre de embarazo es una causa frecuente de consulta en maternidad ya que se presenta en la cuarta parte de las mujeres gestantes, donde el 50% llegan a cursar con un aborto espontáneo.

En el mismo lugar, un estudio no experimental, descriptivo, transversal, comparativo; analizo 51 pacientes de los cuales, 25 presentaron un diagnóstico de amenaza de aborto (Grupo A), 15 aborto espontáneo (Grupo B) y además se trabajó con 11 pacientes que cursaban un embarazo normal.

A nivel local no hay datos sobre el tema, cabe mencionar un estudio realizado en el 2011 en esta misma casa de salud, pero en una parte de la población como son las adolescentes,

donde se evidencio que el porcentaje de amenaza de aborto que se sitúa en un 12.47%, donde las patologías más frecuentes que se reportan en el primer trimestre del embarazo son las infecciones de vías urinarias en 21.08%, vaginitis el 18%, preeclampsia en 11.14% y pielonefritis el 6.33%.

Con el análisis de la problematización y teniendo presente la escasez de datos acercados a nuestra realidad, y sabiendo que es un problema de salud latente y creciente, con una importante ocupación de camas hospitalarias en el servicio de gineco-obstetricia, es necesario e importante obtener estadísticas que permitan analizar esta temática en nuestra ciudad, en una población tan vulnerable como lo es la mujer gestante.

## **PROBLEMA**

*¿Cuál es la incidencia de amenaza de aborto en las pacientes que son atendidas en el área de gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora en el periodo de agosto a octubre del 2015?*

### 3. JUSTIFICACIÓN

La magnitud y la trascendencia de este problema justifican su investigación, al ser conveniente determinar la incidencia de una patología tan frecuente, como lo es la amenaza de aborto, con repercusión social, familiar y de salud pública.

Por lo que es imprescindible determinar los factores o circunstancias que llevaron a la paciente gestante a presentar el cuadro clínico característico de amenaza de aborto, para así enfocarnos a la prevención, a la realización de un buen tratamiento y sobre todo para disminuir las complicaciones, contribuyendo a mejorar las condiciones en que las pacientes afrontan el problema, siendo tan frecuente en el área de gineco-obstetricia del hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja. Es por ello al considerar a esta casa de salud, un ente que brinda constante atención a un sinnúmero de gestantes con ésta complicación, se constituye en el sitio estratégico de estudio, permitiendo conocer la realidad del mismo.

La propuesta planteada en el presente estudio, tiene la finalidad de poner a disposición del público en general, de manera especial a las gestantes con riesgo de amenaza de aborto, así como de la comunidad médica, los resultados obtenidos mediante el informe final, para que los mismos sean utilizados como fundamento que contribuya a la formación de un criterio responsable durante su abordaje, permitiendo tomar de esta manera, decisiones conjuntas en aras de disminuirlo. Al entregar un verdadero aporte académico válido y confiable de consulta e información, motivando al desarrollo de nuevos trabajos investigativos ya que no se encuentran aportes realizados localmente en este ámbito.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 General:**

Determinar la incidencia de amenaza de aborto en pacientes atendidas en el departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General Isidro Ayora de Loja en el periodo agosto-octubre del 2015

### **4.2 Específicos:**

- Identificar en qué grupo de edad se presenta con más frecuencia la amenaza de aborto.
- Puntualizar los factores de riesgo que predisponen a las gestantes a presentar amenaza de aborto.
- Determinar el número de pacientes con amenaza de aborto que continuaron con el embarazo o terminaron en aborto espontaneo según la edad gestacional.

## 5. ESQUEMA DEL MARCO TEORICO

### 5.1 AMENAZA DE ABORTO

- I. Concepto
- II. Incidencia
- III. Fisiopatología
- IV. Causas
- V. Clínica
- VI. Factores de riesgo
  - i. Enfermedades crónicas
  - ii. Enfermedades agudas
  - iii. Físicos
  - iv. Exógenos
- VII. Diagnostico
  - i. Estudios de laboratorio
  - ii. Estudios de imagen
- VIII. Tratamiento
- IX. Complicaciones
- X. Pronostico

## 6. METODOLOGÍA

**6.1 TIPO DE ESTUDIO:** El trabajo investigativo que se realizara es un estudio prospectivo, transversal y descriptivo.

**6.2 ÁREA DE ESTUDIO:** La investigación se la realizará en la ciudad de Loja, en el Hospital Provincial General "Isidro Ayora" en los servicios de emergencia y hospitalización del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Isidro Ayora, en el periodo de agosto a octubre del 2015. El mismo que se encuentra ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, sus límites son: Al Norte con la calle Manuel Monteros Valdivieso, Sur con la calle Juan José Samaniego, Este con la avenida Manuel Agustín Aguirre; y al Oeste con el Túnel de los Ahorcados. Es una entidad del sistema de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de la Región Sur del país, así como del área de influencia, en diversas especialidades como cirugía, medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, terapia intensiva, etc, Además cuenta con servicios especiales para el diagnóstico y tratamiento.

**6.4 UNIVERSO:** Todas las historias clínicas de las pacientes que son atendidas en servicio de emergencia y hospitalización del departamento de gineco-obstetricia del hospital Isidro Ayora en el periodo de agosto- octubre del 2015.

**6.5 MUESTRA:** Todas las historias clínicas de las pacientes que son atendidas con diagnóstico de amenaza de aborto en servicio de emergencia y hospitalización del departamento de gineco-obstetricia del hospital Isidro Ayora en el periodo de agosto- octubre del 2015.

### 6.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- **Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio investigativo todas las pacientes en periodo de gestación con las siguientes características:
  - Paciente gestante con amenaza de aborto de cualquier edad.
  - Tener un periodo de gestación de 20 semanas o menos.
  - Tener diagnóstico de amenaza de aborto.
  - Se incluirán pacientes nulíparas y múltiparas.

- Se incluirán pacientes con antecedentes de: aborto o con la amenaza del mismo y cirugías ginecológicas.
- En este estudio se contara con pacientes gestantes con otras patologías clínicas como diabetes mellitus tipo 2, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos asociados al embarazo o no, alteraciones tiroideas, anemia, entre otros.
- Para el estudio se revisara las historias clínicas de las pacientes atendidas en el servicio de emergencia y hospitalización del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Isidro Ayora en el periodo de agosto a octubre del 2015.

- **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico de embarazo de más de 20 semanas.
- Pacientes gestantes de 20 semanas o menos sin diagnóstico de amenaza de aborto.
- Pacientes con diagnóstico de amenaza de aborto, que son atendidas fuera del periodo establecido para el estudio.

## **6.8 CRITERIOS ÉTICOS**

Para el desarrollo de esta investigación se cumplirán con los principios básicos del proceso investigativo. Pidiendo la aprobación y colaboración del director del Hospital así como también de los médicos y equipo de estadísticas que participan en el proceso investigativo. Tras la debida autorización se revisara los documentos específicos de la historia clínica donde recabe la información de los datos ginecológicos necesarios para el estudio.

Los datos obtenidos serán de absoluta confiabilidad y confidencialidad, manteniéndose el anonimato de las pacientes, por lo que los resultados se publicaran bajo principios médicos y éticos.

## **6.9 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS**

Según los objetivos planteados y en términos generales para la investigación se obtendrá la información basándonos en la revisión de los reportes mensuales del servicio de Ginecología y Obstetricia que se encuentran en el departamento de estadística, para recolectar los números de Historias Clínicas de las pacientes con cuadro clínico de amenaza

de aborto, y de esta forma realizar la revisión de cada una de éstas para obtener la información necesaria en el periodo de estudio establecido agosto – octubre 2015.

Especial revisión tendrá el formulario 08 que es la hoja de emergencia, la hoja de historia clínica, junto a la nota de ingreso, y reportes del eco, donde se encontraran datos para identificar si existieron factores de riesgo y para saber según el cuadro clínico el diagnostico de amenaza de aborto.

Así también; será de valiosa importancia revisar las notas de evolución posteriores para conocer las posibles complicaciones que presentaron en las pacientes con amenaza de aborto entre ellas el aborto espontaneo.

La información se obtendrá de las historias clínicas, mediante la hoja de recolección de datos previamente elaborada, la misma que será ordenada y tabulada mediante el método estadístico permitiendo que los datos obtenidos presentarlos como tablas de frecuencia y gráficos mediante el programa Microsoft Excel 2010 con sus respectivas discusiones, y mediante la aplicación del método descriptivo y analítico se emitirá conclusiones y recomendaciones respectivas.

**6.10 INSTRUMENTOS:** Historia clínica y hoja de recolección (Anexo #1) de datos previamente elaborada, en relación a los objetivos del proyecto de investigación.

## **6.11 VARIABLES**

### **6.11.1 Identificación:**

- *Amenaza de aborto:* variable independiente.

### 6.11.2 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALAS
<b>AMENAZA DE ABORTO</b>	La amenaza de aborto es la presencia de hemorragia de origen intrauterino antes de la vigésima semana de gestación, con o sin contracciones uterinas, sin dilatación cervical y sin expulsión de los productos de la concepción, donde el feto muestra signos de vida (latido cardíaco o movimiento), y que sugiere la probabilidad de presentar un aborto espontáneo según los factores de riesgo asociados.	<b>EDAD</b>	$\leq$ 14 años 15 a 19 años 20 a 24 años 25 a 29 años 30 a 34 años $\geq$ 35 años
		<b>FACTORES CONCOMITANTES ASOCIADOS</b> Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión arterial Enfermedad renal Hipotiroidismo Síndrome antifosfolípidos Lupus eritematoso sistémico Infecciones del tracto urinario Hematoma retroplacentario subcorial	Si ( ) No ( ) Si ( ) No ( )
		<b>FACTORES DE RIESGO DEL ESTILO DE VIDA</b> Actividad física exagerada Estrés emocional	Si ( ) No ( ) Si ( ) No ( )

	Exposición a humo de cigarro	Si ( ) No ( )
	Consumo de alcohol	Si ( ) No ( )
	Consumo de drogas	Si ( ) No ( )
	Traumatismos	Si ( ) No ( )
	Exposición a radiaciones	Si ( ) No ( )
	<b>ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS</b>	
	Edad gestacional	7-10 semanas 11- 15 semanas 16 - 20 semanas
	Amenaza de aborto previo	Si ( ) No ( )
	Aborto previo	Si ( ) No ( )
	Paridad	Primigesta Multigesta
	Numero de control prenatal	1-2 3 -4 5 o mas
	<b>EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN</b>	
	Continúa el embarazo	Si ( ) No ( )
	Termina en aborto espontaneo	Si ( ) No ( )

## 7. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

<i>RUBROS</i>	<i>CANTIDAD</i>	<i>COSTO UNITARIO (USD)</i>	<i>COSTO TOTAL (USD)</i>
<b>MATERIALES Y SUMIINISTROS</b>			
<b>MATERIALES DE OFICINA</b>	<b>1,00</b>	<b>15,00</b>	<b>15,00</b>
<b>INTERNET</b>	<b>30</b>	<b>1,00</b>	<b>30,00</b>
<b>FOTOCOPIAS</b>	<b>180</b>	<b>0,04</b>	<b>7,20</b>
<b>ANILLADOS</b>	<b>2</b>	<b>2,00</b>	<b>4,00</b>
<b>CD/USB</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>10,00</b>
<b>IMPRESIONES</b>	<b>1,00</b>	<b>30,00</b>	<b>30,00</b>
<b>TRANSFERENCIA DE RESULTADOS</b>			
<b>PRESENTACION DEL INFORME FINAL</b>	<b>7</b>	<b>60,00</b>	<b>420,00</b>
<b>TOTAL</b>			<b>616,20</b>
<b>IMPREVISTOS 5 %</b>			<b>100,00</b>
<b>TOTAL</b>			<b>716,20</b>



## 9. BIBLIOGRAFÍA

Alan H. De Cherney editor. Capítulo 14. Diagnóstico y Tratamientos Ginecoobstétricos. Páginas 373 – 404. Pernoll Martin; Gardel Sara. 7ª Edición. Español.- Editorial Manual Moderno. 1997

Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología.- Capítulo 10. Perdida temprana del embarazo.- Scout James- 8ª Edición, Editorial Mc Graw Hill. 1999

Guías Clínicas de diagnóstico y tratamiento. Scout James (SF) Recuperado de: [http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/gineco/guias\\_gineco/2\\_aborto.pdf](http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gineco/guias_gineco/2_aborto.pdf)

ARS MÉDICA. Amenaza de aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. Dr Jorge Neira (SF) Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica6/Art07.html>

Amenaza de aborto. DR. EDSON CANO (2014) Recuperado de: <http://edsoncano.com/amenaza-de-aborto/>

Revista médica de Costa Rica. Amenaza de aborto (2011) Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/599/art19.pdf>

OMS. Adolescentes (2010). Recuperado de: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)

Universidad Central del Ecuador. Factores de riesgo para la amenaza de aborto Dra. Mery Maribel Llivicura (2012). Recuperado de: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1140/1/T-UCE-0006-38.pdf>

MSP, Guía de práctica clínica (2013) "diagnóstico y tratamiento del aborto" Recuperado de: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D503.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D503.pdf)

PREGNANCY, "riesgo de aborto espontaneo" Recuperado de: [http://espanol.pregnancy-info.net/riesgo\\_de\\_aborto.html](http://espanol.pregnancy-info.net/riesgo_de_aborto.html)

ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE, "Metrorragia en el primer mes". Recuperado de: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/metrorragia\\_1ra\\_mitad.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/departamentos/obstetricia/altoriesgo/metrorragia_1ra_mitad.html)

Martha Rufina Rojas Otero " Factores médicos y socio epidemiológico asociados a la amenaza de aborto " (2010) Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2523/1/rojas\\_om.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2523/1/rojas_om.pdf)

Recopilación realizada por el Departamento de Docencia e Investigación de Enfermería de SWISS MEDICAL. (2012). Recuperado de: <http://www.sanatoriodelosarcos.com.ar/pdf/EMBARAZO%20DE%20ALTO%20RIESGO.pdf>

PREGNANCY AND CHILDBIRTH GROUP (2012). Recuperado de: <http://www.cochrane.org/es/CD005943/progestagenos-para-el-tratamiento-de-la-amenaza-de-aborto-espontaneo>

Erika Tello, Maricela Vasquez "Determinación de progesterona en mujeres que presentan aborto o amenaza de aborto en el primer trimestre de embarazo" (2013) Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3239/1/Tesis.pdf>

Archivo Médico de Camagüey (2010) *Repercusión de la edad materna avanzada sobre el embarazo, el parto y el recién nacido*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211117906006.pdf>

Lopez y Miranda *Amenaza de aborto* (2013) Recuperado de: [file:///D:/InnoVaCliente/Downloads/Articulo\\_amenaza\\_de\\_aborto\\_pdf%20\(1\).pdf](file:///D:/InnoVaCliente/Downloads/Articulo_amenaza_de_aborto_pdf%20(1).pdf)

Yonny Manuel Ureta Núñez *Amenaza de aborto en el servicio de gineco - obstetricia del hospital regional norte PNP – Chiclayo: prevalencia, causas y estancia hospitalaria* (2012) Recuperado de: [http://www.ucsm.edu.pe/catolica/index.php?option=com\\_content&view=article&id=889&Itemid=1016](http://www.ucsm.edu.pe/catolica/index.php?option=com_content&view=article&id=889&Itemid=1016)

Revista Unimar Número 61 Enero-Julio, 2013 *Complicaciones obstétricas en mujeres gestantes con infecciones vaginales atendidas en el hospital civil de Pasto*. Recuperado de: <file:///D:/InnoVaCliente/Downloads/387-1292-1-SM.pdf>

Johana Lisset Padilla Solano *Amenaza de aborto como factor asociado a resultados neonatales adversos en el hospital Belén de Trujillo* (2014) Recuperado de: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA\\_JOHANA\\_AMENAZA\\_ABORTO\\_NEONATALES.pdf](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/496/1/PADILLA_JOHANA_AMENAZA_ABORTO_NEONATALES.pdf)

Sociedad Yucateca de Ginecología y Obstetricia. Mérida, Yuc. (2010) *Juicio crítico sobre la terapéutica actual de la amenaza de aborto*. Recuperado de: <http://www.nietoeditores.com.mx/nieto/Ginecologia/2010/enero10/hace55.pdf>

Dr Carlos Hernández ISEM (SF) *Hemorragia obstétrica*. Recuperado de: [http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/salud\\_reproductiva/hemorragia\\_obstetrica.pdf](http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/salud_reproductiva/hemorragia_obstetrica.pdf)

SCIELO. Martínez y Vázquez.(2014) *Estudio descriptivo de los procesos de IT más prevalentes derivados de problemas durante el embarazo en mujeres de la comunidad valenciana*. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000500032&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000500032&script=sci_arttext)

## 10. ANEXOS

### Anexo 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**SEDE:** Hospital General Isidro Ayora de Loja

**INSTRUCCIONES:** el llenado será en base a las historias clínicas que se encuentran en el departamento de estadística, el mismo que debe realizarse sin enmendaduras.

Cada hoja se encuentra enumerada y consta de un espacio adecuado para la recolección de la información, del tema de tesis denominado: **AMENAZA DE ABORTO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA EN EL PERIDO AGOSTO- OCTUBRE DEL 2015.**

#### DATOS GENERALES:

Hoja Nro.:..... Hora y fecha del llenado:.....

Historia Clínica Nro.:..... Responsable del llenado:.....

### RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

**Edad de la paciente:**.....

#### Factores concomitantes asociadas

Diabetes Mellitus	( )	Síndrome antifosfolípidos	( )
Hipertensión arterial	( )	Lupus eritematoso sistémico	( )
Enfermedad renal	( )	Infecciones del tracto urinario	( )
Alteraciones tiroideas	( )	Hematoma retoplacentraio subcorial	( )

**Factores de riesgo en el estilo de vida**

Actividad física exagerada ( )

Estrés emocional ( )

Exposición o consumo de cigarro ( )

Consumo de alcohol ( )

Consumo de drogas ( )

Traumatismos ( )

Exposición a radiaciones ( )

**Asociados a progresión de aborto**

Edad gestacional ( )

Amenaza de aborto previo ( )

Aborto previo ( )

Paridad ( )

Numero de control prenatal ( )

***EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN***

Continúa el embarazo ( )

Termina en aborto espontaneo ( )